Beitrag zur Frage der Kieferklemme

mit besonderer Berücksichtigung ihres Auftretens beim Durchbruch des unteren Weisheitszahnes.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Zahnärztlichen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

David Rosenstrauch

Zahnarzt in Berlin.

Tag der Promotion: 12. März 1920.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät zu Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Rubner,
Referent: Prof. Dr. Williger.

Die Kieferklemme ist eine Krankheitserscheinung, die den Zahnärzten in ihrer Praxis sehr häufig begegnet. Je nach der Intensität gibt es drei Grade von Kieferklemme. Die schwerste führt zu einem völligen Verschluss der Zahnreihen. Die Zahnärzte interessieren nur drei Arten von Kieferklemme:

1. Die Kieferklemme geht vom Gelenk aus,
2. ist eine Teilerscheinung des Tetanus,
3. ist eine Folge entzündlicher Erkrankungen:
   a) der Mundschleimhaut, besonders des Zahnfleisches,
   b) der Zähne oder ihrer Umgebung.

Bei den Kiefergelenkerkrankungen unterscheidet man acute und chronische Gelenkentzündungen, die für die Zahnärzte nur dann in Betracht kommen, wenn irgend eine Operation im Munde vorgenommen werden soll.

Auch der Trismus beim Tetanus führt zur Kieferklemme. In meiner Praxis ist mir ein interessanter Fall von Tetanus mit Kieferklemme begegnet, der auch von mir wegen der Schwierigkeit der Diagnosenstellung genau angeführt wird.

Auch die Erkrankung des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut, der Lymphdrüsen und der Kaumuskulatur können Kieferklemme hervorrufen.

Am häufigsten begegnen wir der Kieferklemme, die im Anschluss an pathologische Prozesse beim Durchbruch des unteren Weisheitszahnes sich entwickeln. Die Mehrzahl der älteren Autoren (Ritter, Albrecht, Magitot, Karl Witzel etc.), die sich mit dem Durchbruch des unteren dritten Molaren beschäftigt haben, erklären die Krankheitsvorgänge bei demselben aus Anomalien in der Grösse der Zahnkronen, in der seitlichen Richtung

und dem Winkel des aufsteigenden Astes des Unterkiefers und als Folgeerscheinung infolge Raummangels zwischen dem zweiten Molaren und dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers.

Erst Partsch und Williger haben es verstanden, die pathologischen Vorgänge, die sich oft beim Durchbruch des unteren Weisheitszahnes entwickeln, von der richtigen Basis aus zu erklären. Nach Williger gehen die entzündlichen Erscheinungen beim Durchbruch der unteren dritten Molaren, die als solche nicht erkrankt sind, von der diese bedeckenden Schleimhaut von aussen her vor sich. Es tritt durch Infektion eine Kieferklemme ein, die je nach der Intensität eine Kieferklemme ersten, zweiten oder dritten Grades sein kann. Je grösser die Kieferklemme, desto schwieriger ist die Behandlung. Mit Hilfe des Heisters wird man bei der hochgradigen Kieferklemme eine vorsichtige allmähliche Oeffnung zu erreichen versuchen. Durch Jodoformgaze - Tamponade unter die Zahnfleischtasche und durch antiseptische Spülungen wird dem Patienten viel geholfen. Williger entfernt den Weisheitszahn wegen der Gefahr des Eindringens virulenter Bakterien und wegen der üblen Zufälle, die durch Verlagerung des Zahnes, Fracturen etc. entstehen können, erst, wenn die Schwellung geschwunden ist.

Es werden noch eine Statistik über die in der chirurgischen Abteilung des Berliner zahnärztlichen Universitätsinstituts behandelten Fälle mit Kieferklemme vom April 1907 bis Dezember 1919 und zwei Krankengeschichten aus demselben Institut angeführt.